



PROGRAMA DE REHABILITACIÓN PARA MANEJAR DE
TERAPIA OCUPACIONAL

FORMULARIO DE INFORMACIÓN DEL CLIENTE

Fecha: _____

Apellido: _____ Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____

Hombre: Mujer: #SS: _____ Email: _____

Idioma: Inglés: Español: Koreano: Otro: _____

celular: _____ # tel. casa: _____ # tarjeta de Rancho: _____

Dirección: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Fecha de nacimiento: _____ Edad: _____ Lugar de nacimiento: _____ Raza: _____

Estado civil: _____ Nombre del cónyuge: _____

Nombre del contacto de emergencia: _____ Relación: _____

teléfono _____

Seguro médico/cobertura: MediCAL: MediCARE:

Otro seguro: _____

Nombre de la Unidad Médica de Terapia de Servicios para niños de California : _____

Estado de la licencia: Nunca tuve: Solo identificación: Permiso: Licencia:

Válida: Vencida: Suspendida: Estado desconocido:

Licencia/Permiso/Identificación: _____ Fecha de vencimiento: _____

Remitido a la Oficina de Seguridad Vial del DMV: Sí: No: No sabe:

El Segundo: Commerce: Covina: Orange: Van Nuys: Otro: _____

Transporte: Maneja: Familia/Amigos: Autobús/Tren: Metro Access:

Otro: _____ Estacionamiento para personas con discapacidad:

Fuente de remisión: Médico: Terapeuta: DMV: Familia: Por sí mismo:

Amigo: Folleto: Otro: _____